

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean DENIS

né le 23 Avril 1914 à Paris

Sur deux cas de suppuration serpiginieuse post-erysipélateuse Déductions thérapeutiques

Président : A. LEMIERRE, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean DENIS

né le 23 Avril 1914 à Paris

Sur deux cas de suppuration serpiginieuse post-erysipélateuse Déductions thérapeutiques

Président : A. LEMIERRE, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNE-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	HIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. ..	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A notre Maître, Monsieur le Professeur LEMIERRE

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1933-1934. M. le Professeur M. LABBE (*in memoriam*)
M. le Professeur B. CUNEO
1934-1935. M. le Professeur Agrégé J. CATHALA
M. le Docteur M. CHIFOLIAU

Externat

- 1936-1937. M. le Docteur COUTELA
M. le Docteur A. BRECHOT
1937-1938. M. le Professeur LABBE (*in memoriam*)
1938-1939. M. le Professeur A. LEMIERRE
1939. M. le Professeur agrégé J. CATHALA
Monsieur le Professeur Agrégé R. BOULIN
Médecin des Hôpitaux
Monsieur le Docteur A. LAPORTE
Médecin des Hôpitaux
Monsieur le Docteur REINHOLD

AUX MIENS ET A MES AMIS

INTRODUCTION

L'Erysipèle a vu son évolution profondément améliorée par l'usage systématique de la chimiothérapie spécifique. Néanmoins, des complications peuvent parfois s'observer et, parmi elles, la suppuration du tissu cellulaire sous-cutané est une des plus fréquentes. C'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'observer, à la clinique des maladies infectieuses de l'hôpital Claude-Bernard, deux cas de suppuration serpiginieuse post-érysypélateuse du tissu cellulaire sous-cutané. Ces deux cas font ressortir :

— d'une part, l'importance et l'extension des délabrements causés par ces suppurations, la tendance spontanée qu'ont ces délabrements à se limiter à un moment donné, et à se réparer ensuite dans de bonnes conditions, sans devenir le point de départ de septicémies graves;

— d'autre part, l'importance du nettoyage chirurgical fréquent des plaies et des suppurations locales, de l'incision de toutes les zones cutanées suspectes qui couvrent des décollements à distance.

Ainsi sera atteinte la phase de réparation spontanée que semblent présenter ces suppurations, avec un meilleur état général.

PATHOGENIE

Rappelons tout d'abord par quel mécanisme se produisent ces suppurations.

Dans sa forme la plus simple, l'érysipèle reste cantonné au derme, sans que les tissus adjacents soient atteints. Et c'est ce qui est devenu plus commun depuis l'usage désormais courant de la chimiothérapie spécifique. Il est de règle que l'inflammation du derme se propage au tissu cellulaire sous-cutané. Celui-ci s'infiltre de sérosité et, là où il est lâche, ses mailles se laissent facilement distendre par ce liquide. Il en résulte la tuméfaction plus ou moins considérable des téguments, appréciable à première vue.

Le plus souvent, la sérosité qui imbibe les mailles du tissu cellulaire sous-cutané est drainée, en même temps que les leucocytes et les microbes, par les vaisseaux lymphatiques élargis, mais demeurés intacts. Mais que ces vaisseaux viennent à être atteints eux-mêmes d'endolymphangite, entraînant la coagulation de la lymphe et l'arrêt de la circulation lymphatique, et de périlymphangite, il en résulte une véritable séquestration du liquide épanché dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané. Dans cette cavité close, le *streptocoque hémolytique* se multiplie, la fibrine se dissout et les leucocytes dégénèrent sous l'action des ferments microbiens. Un foyer de suppuration se constitue.

ETUDE CLINIQUE DE DEUX CAS DE SUPPURATION SERPIGINEUSE POST-ERYSIPELATEUSE

Nous allons rapporter deux observations recueillies à l'hôpital Claude-Bernard, dans le service de notre maître le Professeur Lemierre.

Observation I. — M. Jean, 38 ans, manœuvre, entré le 31 décembre 1938 à l'hôpital Claude-Bernard pour un érysipèle inguino-scrotal.

Le début de l'affection qui remonte à environ quinze jours, s'est fait brutalement et a été marqué par des frissons, une température d'emblée à 40°. Localement une plaque rouge, de petites dimensions, apparaît au niveau de la bourse droite.

Dans les deux semaines qui suivent, la température persiste entre 39° et 40°, l'anorexie s'installe, l'insomnie est complète. L'état local s'accroît : la plaque rouge s'étend aux deux bourses et remonte vers la région inguinale droite, tendant à gagner la région inféro-latérale droite de la paroi abdominale antérieure. Le médecin consulté à ce moment porte le diagnostic d'érysipèle et fait envoyer le malade à l'hôpital.

Le 1^{er} janvier 1939, environ le seizième jour de la maladie, on se trouve en présence d'un malade fatigué et amaigri. Les muqueuses sont subictériques. La langue est sèche. La température est à 40°, le pouls à 110, régulier, la TA à 13-8. Ces signes généraux s'accompagnent de diarrhée et de quelques vomissements.

A l'examen, on note l'existence d'une plaque rouge, tuméfiée, très étendue occupant le scrotum, la région inguinale droite, le quadrat inféro-droit de la paroi abdominale antérieure. Le centre de cette plaque, juste au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale, est occupé par une zone noirâtre, recouverte de grosses phlyctènes contenant un liquide trouble. Cette plaque érysipélateuse est très douloureuse spontanément. La pression provoque la douleur et révèle une fluctuation nette, signant la présence d'une collection purulente. Les bourses sont tendues. La vaginale gauche est le siège d'un épanchement opaque. La pression du cordon gauche éveille une douleur extrêmement vive.

Le reste de l'examen montre des poumons et un cœur normaux. Le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes. La rate est normale.

Les urines contiennent de l'urobiline, mais ni albumine ni glucose.

Le lendemain 2 janvier, malgré l'institution de la chimiothérapie spécifique, les lésions locales gagnent la région des épines iliaques antérieures, la région crurale. La fluctuation s'étend.

L'état général est toujours altéré.

L'intervention chirurgicale est décidée et le malade opéré l'après-midi. L'incision large du phlegmon inguino-crural donne issue à une quantité importante de pus jaunâtre et de débris sphacelés. La mise en place d'une mèche iodoformée pour drainage est faite.

Une hémoculture pratiquée avant l'intervention reste négative.

Le 3 janvier, l'état général est toujours inquiétant. Le pansement de la plaie permet d'éliminer des quantités importantes de lambeaux sphacelés de couleur grisâtre. Une excision élargie est pratiquée à la face profonde du derme de la paroi abdominale et à la face superficielle de l'aponévrose du grand oblique, qui apparaît dénudée sur une aire importante. Un méchage soigneux complète ce nettoyage.

D'autre part un placard rouge fait son apparition sur la fesse gauche.

Le 4 janvier, la température est à 38°8 le matin, 39°5 le soir. La plaie inguino-iliaque a un meilleur aspect. En certains endroits, la suppuration s'est arrêtée, mais en d'autres endroits, le ciseau découvre encore de petites logettes remplies de pus. Excision et méchage sont pratiquées.

Mais contrastant avec l'aspect favorable du placard inguino-iliaque, la plaque fessière gauche s'est considérablement étendue et se ramollit en son centre. Une large incision est pratiquée et tombe sur une couche de pus et de tissu mortifié qui est excisé. La plaie est méchée.

Le 5 janvier, la température est à 37°8 le matin, mais remonte à 38°8 le soir; le pouls est à 100. Les douleurs sont extrêmement vives.

L'état de la plaie pariéto-abdominale continue à s'améliorer. Par contre, la suppuration fessière fait d'énormes progrès, disséquant tout le tissu graisseux et aponévrotique situé entre les muscles fessiers. L'excision est forcément incomplète, bien que complétée par une section musculaire.

Le 6 au matin, la température est à 37°5, le pouls à 105. Le malade est somnolent. La suppuration fuse en profondeur vers l'échancrure sciatique.

Le malade meurt dans la matinée du 7.

Voilà un malade qui, au quinzième jour d'un érysipèle à point de départ scrotal, a présenté une large infiltration purulente qui occupe le tissu cellulaire sous-cutané de toute la région ilio-inguino-crurale droite. L'incision pratiquée a donné issue à une grande quantité de pus à streptocoque, et à des écheveaux de tissu mortifié. Cette suppuration était très étendue, et il existait de multiples poches cloisonnées, séparées les unes des autres, par lesquelles l'extension se faisait. L'excision et la mise à plat de ces poches, suivie de méchage, a arrêté cette progression et a déterminé un début de réparation relativement précoce.

Le foyer fessier se développait dans de tout autres conditions anatomiques. Certes, dès l'incision, du pus et des pelotons de nécrose ont été éliminés. Mais la suppuration a suivi l'aponévrose fessière et les amas graisseux inter-musculaires. Dès le lendemain de l'incision, la pression des parties molles fait sourdre du pus, de la profondeur, à travers les plans musculaires. Le grand et le moyen fessier étant incisés et réclinés, on s'aperçoit que la suppuration gagne les vastes espaces cellulaires profonds de la fesse, dépendances du feuillet profond de l'aponévrose fessière. Dès lors, tout espoir est perdu. En effet, malgré excisions et méchages, l'inflammation s'étend en profondeur et, à travers l'échancrure sciatique, gagne les espaces cellulaires pelviens.

Il faut remarquer que, dans ce cas, l'issue fatale n'est pas due à la suppuration elle-même, mais à l'atteinte du tissu cellulaire pelvien, rendue possible par suite de la communication anatomique de la cavité pelvienne avec la région fessière à travers la grande échancrure sciatique.

Nous allons maintenant décrire une observation de suppuration serpiginieuse secondaire à un érysipèle du membre supérieur.

Observation II. — B... Jules, maçon, âgé de 42 ans, entre le 18 janvier 1939 dans le service pour un érysipèle du bras et de l'avant-bras gauche.

Le début date de six jours. A ce moment est apparue une petite plaque rouge, d'emblée douloureuse, siégeant à la partie inféro-externe du bras gauche. Cette plaque s'est rapidement étendue à la partie inférieure du bras et du coude. La douleur est si vive que l'articulation est gênée dans ses mouvements. Le médecin a même diagnostiqué une affection rhumatismale au début. Mais le placard rouge continue à s'étendre et gagne la partie supérieure de l'avant-bras. C'est alors que l'on pose le diagnostic d'érysipèle pour lequel le malade entre à Claude-Bernard.

Le 19 janvier, sixième jour environ de la maladie, cet homme est fatigué, anorexique, abattu. La fièvre continue à osciller comme les jours précédents entre 39 et 39°8. Le pouls est à 104.

Localement on constate :

— Au bras et à l'avant-bras, une tuméfaction en bloc déformant les saillies et méplats normaux.

Cette tuméfaction est rouge, chaude et douloureuse, de contours déchiquetés, limitée par un bourrelet très net. Sur la face externe du bras existent déjà des phlyctènes.

Dans la région axillaire, une plaque rouge avec traînées lymphangitiques gagne la région mammaire.

Les adénopathies axillaires sont discrètes, indolores; on ne constate pas d'adénopathies mammaires, ni sus-claviculaires.

L'articulation de l'épaule est intacte. Par contre, le coude est le siège d'une arthrite réactionnelle : diminution des mouvements portant surtout sur l'extension et hydarthrose, ainsi qu'en témoigne la fluctuation de la bourse séreuse rétro-olécranienne.

La langue est humide et saburrale. Le foie, indolore et non modifié dans sa consistance, déborde d'un travers de main les fausses côtes. D'ailleurs, l'imprégnation éthylique est évidente : faciès vultueux, varicosités des pommettes, crampes dans les mollets cauchemars. La rate est de volume normal. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont vifs.

Le reste de l'examen est négatif : les poumons et le cœur sont normaux, la T. A., à 10-6.

Les urines, assez abondantes, contiennent des traces d'albumine et d'urobiline.

Le soir, la température monte à 40°. Une hémoculture est pratiquée. Elle donne au bout de vingt-quatre heures un streptocoque hémolytique.

Le lendemain 20 janvier, la température est à 38°8 le matin. Le gonflement est toujours intense, s'étendant vers la partie supérieure du bras. Les ganglions axillaires sont tuméfiés et douloureux. Le coude est bloqué et douloureux. L'après-midi, la bourse séreuse rétro-olécraniennne est incisée. Elle contenait un liquide jaune, clair, dans lequel l'examen direct met en évidence le streptocoque.

Le 21 janvier, la température est à 38° le matin, mais monte à 39° le soir.

Craignant une suppuration du tissu cellulaire sous-cutané, on pratique une incision allant de la partie inférieure du bras à la partie supérieure de l'avant-bras. Du pus est évacué par cette ouverture; la dissection du tissu sous-cutané ainsi que des aponévroses commence.

Le lendemain et les jours suivants, la température oscille entre 38° et 39°. La suppuration s'étend, des décollements atteignent la partie moyenne de l'avant-bras, remontent au tiers supérieur du bras. L'excision enlève des fragments importants d'aponévrose périmusculaire. Presque toute la circonférence du membre est atteinte.

Mais, le 25 janvier, la température s'abaisse et restera désormais entre 37° et 38°. Une légère crise urinaire se produit. L'état général s'améliore, le malade repose. En même temps, les suppurations ont cessé de s'étendre. Dès lors, la réparation va se poursuivre, pendant plusieurs semaines. Les pansements sont faits chaque jour pour dépister de petits abcès aberrants que l'on ouvre, et pour changer les mèches.

Le malade sort le 4 mars 1939, avec une plaie minime, longue seulement de quelques centimètres, en très bonne voie de cicatrisation. La fonction du coude est parfaite.

En résumé, il s'agit d'un homme qui, au cours d'un érysipèle, a présenté une suppuration diffuse du tissu cellulaire sous-cutané, siégeant au bras et à l'avant-bras. En moins d'une semaine la suppuration s'est trouvée enrayée et le travail de réparation a commencé.

Deux points doivent être soulignés : chez ce malade, l'insuffisance hépatique légère n'a pas subi de modifi-

cation évolutive. L'hémoculture a donné un streptocoque hémolytique. Tout donne à penser qu'il s'agissait d'une bactériémie et non d'un phénomène septicémique. L'allure évolutive le prouve.

CARACTERES GENERAUX DES SUPPURATIONS SERPIGINÉUSES POST-ÉRYSIPELATEUSES

1° *Fréquence.*

Ces suppurations sous-cutanées ne sont pas très fréquentes. D'après Lesné et Françon on ne les observe guère que dans 7 à 8 % des cas.

2° *Date d'apparition.*

Elles se manifestent surtout entre le septième et le huitième jour de l'érysipèle, c'est-à-dire au moment de la guérison, parfois plus tardivement, le quinzième jour, rarement plus précocement.

3° *Circonstances d'apparition.*

Les deux observations ci-dessus rapportent des cas d'érysipèle traités tardivement par la chimiothérapie spécifique. Cette dernière a-t-elle diminué le nombre des suppurations post-érysipélateuses? On ne saurait encore répondre avec certitude. Cependant la chimiothérapie agit avec élection sur la dermite streptococcique seule, et l'érysipèle est rapidement arrêté. En conséquence l'inflammation a moins de chances de frapper sévèrement le tissu cellulaire sous-cutané. Aussi le retard à l'institution du traitement est-il un facteur prédisposant. Mais or, chez un érysipélateux traité régulièrement, on voit la fièvre persister ou reprendre, il faut soupçonner la constitution d'une suppuration streptococcique sous-cutanée. La notion du terrain semble alors intervenir. On observe ces complications surtout chez des sujets âgés, débilités, ou des malades atteints d'insuffisance hépatique.

4° *Importance des lésions.*

Nous avons décrit deux cas de destructions très étendues. Mais il n'en est pas toujours ainsi. On peut observer tantôt un foyer unique, limité, guérissant dès qu'il

a été incisé, tantôt plusieurs abcès apparaissant successivement, indépendants les uns des autres. Mais, le plus souvent, les abcès communiquent les uns avec les autres formant une large nappe de pus.

Le tissu cellulaire sous-cutané, le tissu graisseux, les aponévroses sont mortifiés et nécrosés. L'extension se fait par une série de petites logettes situées à la périphérie et qui poussent des prolongements en tissu sain. Cette dissémination est très rapide et c'est elle qu'il importe d'arrêter en excisant toutes ces logettes qui sont l'avant-garde de la suppuration. Ainsi se trouve justifié le terme de suppuration serpentineuse.

Il est capital de remarquer que le tissu musculaire est respecté par le streptocoque. Il en résulte un véritable travail de dissection mettant à nu le derme, et les masses musculaires sous-jacentes, sans que celles-ci soient atteintes.

Enfin, on peut voir survenir, en même temps, des adénites et des périadénites phlegmonneuses.

5° Siège.

Les sièges les plus fréquents des suppurations serpentineuses sont les membres, les paupières. Mais on peut aussi les observer assez couramment au niveau du cuir chevelu, de la région sous-mentonnaire, du scrotum.

6° Germes.

Le streptocoque hémolytique est le germe responsable de ces suppurations. Mais certaines formes, d'allure gangréneuse, sont dues à l'association au streptocoque, d'un germe particulier, découvert dans l'exsudat sanieux des suppurations. C'est le *bacillus terebrans*, bacille anaérobie décrit par H. Brocard et Pham-Huu-Chi, et qui a fait l'objet d'une note publiée à la Société de Biologie en 1934.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Correctement traitées, les suppurations semblent avoir une tendance spontanée à se limiter à un moment donné, et à se réparer ensuite dans de bonnes conditions.

La fréquence des résultats satisfaisants contraste avec l'extrême étendue des lésions. En effet, la restitution se fait presque intégralement et les incisions laissent des cicatrices qui tendent rapidement à diminuer d'importance.

Mal incisées, incorrectement drainées, ces suppurations traînent en longueur, les fûtes purulentes se multiplient en surface et en profondeur, indépendamment des accidents septicémiques qui peuvent survenir.

TRAITEMENT

Le traitement de ces suppurations est essentiellement chirurgical.

Il faut inciser largement les infiltrations suppurées diffuses, évacuer le pus et les débris sphacelés, surveiller les fusées purulentes qui peuvent se produire. La pression des parties molles est d'un intérêt incontestable car elle permet de dépister des fusées purulentes souvent très à distance du foyer initial. Dans ce cas il faut recourir à des incisions multiples.

Ensuite, il importe de nettoyer la suppuration en diséquant au ciseau et à la pince tous les tissus mortifiés et au voisinage de la limite de mortification. Nous le répétons, c'est en attaquant directement cette zone que l'on abrège la durée de l'infection.

Les plaies sont lavées avec une solution de permanganate de potasse à 8 pour 1.000, puis à 4 pour 1.000, qui exerce une action désodorisante sur les éléments sphacelés. Des mèches imbibées des mêmes solutions sont ensuite introduites dans les plaies.

Les pansements sont répétés chaque jour tant que dure la suppuration. Dès que les plaies sont détergées, il y a intérêt à les espacer. Dans certains cas, on obtiendra de bons résultats en supprimant tout pansement et en exposant les plaies à l'air et à la lumière, simplement protégées des mouches par une cage de tarlatane.

Le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine sera toujours associé. Il agit sur la dermite streptococcique concommittante, mais il faut se souvenir qu'il reste sans action sur les suppurations.

Un traitement médical général sera institué selon les cas :

tonicardiaques,
extrait hépatique.

CONCLUSIONS

Les deux observations que nous venons de citer montrent l'étendue des destructions opérées par le streptocoque hémolytique, et celles-ci doivent être combattues par un épiluchage chirurgical des tissus nécrosés.

Le streptocoque hémolytique opère un véritable travail de dissection de tout le tissu cellulaire sous-cutané, d'autant plus rapidement que celui-ci est plus lâche; du tissu cellulo-graisseux; des formations aponévrotiques. Il est exceptionnel que le tissu musculaire soit atteint. Si parfois ce fait se produit, on n'observe seulement qu'une atteinte des fibres les plus superficielles, jamais de destruction massive du muscle. C'est là le fait capital qui caractérise ces suppurations.

Le traitement est essentiellement chirurgical, car il est illusoire de compter sur une action efficace de la chimiothérapie spécifique de la dermite streptococcique. Le traitement ne se bornera pas aux incisions habituelles des phlegmons, car celles-ci sont trop économiques. On pratiquera au contraire de larges incisions de la peau, en allant jusqu'aux limites du tissu sain. On se guidera sur les renseignements fournis par la pression des parties molles qui dépistera les fusées purulentes à distance. Celles-ci risqueraient de passer inaperçues si on n'avait pas soin de pratiquer et de répéter systématiquement cette manœuvre.

Ensuite, il est capital d'exciser les tissus mortifiés, de nettoyer avec soin la face profonde du derme, d'atteindre la zone périphérique d'extension de la suppuration. Il importe essentiellement d'être toujours au plus près de cette zone, de la surveiller, de la suivre pour en détruire tous les foyers de nécrose.

Ces opérations seront répétées chaque jour. Il faut se rappeler qu'il s'agit là d'une véritable lutte de vitesse entre la suppuration et l'exision.

Vu le Doyen :
TIFFENEAU,

Vu le Président de thèse :
LEMIERRE

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

